

**CARTILLA DE PRESTACIONES Y BENEFICIOS  
DEL SERVICIO DE BIENESTAR  
I. MUNICIPALIDAD DE QUILACO  
AÑO 2019**

(VIGENTE DESDE EL 01 DE JUNIO DE 2019)

<↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑><↑>

BENEFICIOS QUE ENTREGA EL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE QUILACO

I	<u>PRESTACIONES DE SALUD</u>	<u>ANTECEDENTES A PRESENTAR</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	MEDICAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Receta médica.</li> <li>❖ Boleta de Compra o voucher con Rut del establecimiento en donde se realizó la compra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No se aceptarán recetas que no traigan nombre del beneficiado, fecha, firma, nombre del médico y/o servicio de salud.</li> <li>❖ En el caso de las recetas retenidas, se debe presentar fotocopia timbrada por la farmacia.</li> </ul>
2	CONSULTAS MEDICAS, FONASA, ISAPRES, PRIVADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Copia Bono FONASA, ISAPRE o Boleta de atención privada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se deben presentar copias de bonos completos, si es reembolso de Isapre, se debe adjuntar copia de reembolso de Isapre, con identificación del beneficiario.</li> </ul>
3	CONSULTAS DOMICILIARIAS, FONASA, ISAPRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Idem anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Requisitos iguales a los anteriores.</li> </ul>
4	ATENCION OBSTETRICA, FONASA, ISAPRES Y PRIVADAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Programa médico con sus bonos Fonasa e Isapre o factura con detalle de prestaciones efectuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Para solicitar beneficio proceder igual que intervenciones quirúrgicas.</li> <li>❖ El programa médico se tomará como un todo para efectos de bonificación.</li> </ul>
5	ATENCIÓN DE URGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Boleta o Factura particular que detalla tipo de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Requisitos iguales a Consulta Médica.</li> </ul>
6	CONSULTAS PROFESIONALES, PARAMEDICOS, PARTICULARES, NUTRICIONISTA, MATRONA, KINESIOLOGO, PSICOLOGO, OTROS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Boleta de Honorarios profesionales, con nombre del beneficiario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ En el caso de psicólogos, Kinesiólogo y nutricionista, debe presentar programa.</li> <li>❖ Si es reembolso Isapre, debe proceder como en consultas médicas.</li> </ul>
7	EXAMENES (RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA) CORONARIOGRAFIA, OTROS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Antecedentes a presentar iguales a los exámenes especializados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proceder igual que para exámenes especializados.</li> </ul>
8	EXAMENES LABORATORIO, RAYOS X, HISTOPATOLOGIAS MAMOGRAFIAS Y OTROS FONASA, ISAPRE, PRIVADOS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Fotocopia orden médica del examen indicado.</li> <li>❖ Copia bono Fonasa, Isapre, boleta original si son exámenes particulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Copia de bonos con identificación del profesional y beneficiario, y fotocopia de orden medica.</li> <li>❖ Si es reembolso Isapre, fotocopia orden médica, fotocopia boleta</li> <li>❖ Si es particular, debe adjuntar boleta o factura con detalles de exámenes y fotocopias de orden medica.</li> </ul>
9	EXÁMENES ESPECIALIZADOS MIELOGRAFIA, PILOGRAFIAS, TAC, ENEMAS BARITADOS, ENDOSCOPIAS Y OTROS SIMILARES, SINTIGRAMAS Y OTROS DE ALTO COSTO FONASA, ISAPRE, PRIVADOS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficios</li> <li>❖ Fotocopia de orden medica, bono FONASA, ISAPRE o boleta original si son exámenes particulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Copia de bonos con identificación del profesional y beneficiario</li> <li>❖ Si es reembolso ISAPRE, fotocopia orden médica, fotocopia orden médica honorarios y orden ISAPRE.</li> </ul>

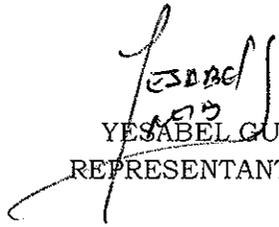
10	HOSPITALIZACIONES, PABELLON Y OTRO ANALOGOS, FONASA, ISAPRE, PRIVADOS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficios</li> <li>❖ Programa medico con su bono FONASA. e ISAPRE, boletas o facturas con detalles de prestaciones efectuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Para solicitar beneficios proceder como en las intervenciones quirúrgicas. Si el programa FONASA es solo en original, se debe adjuntar fotocopia de él, lo mismo para ISAPRE</li> <li>❖ Los programas se tomara como un todo para efectos de beneficios.</li> </ul>
11	ATENCION ANESTESISTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Orden medica con diagnostico bonos FONASA o ISAPRE. Fotocopias de programa, boleta o factura si es particular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Este beneficio será otorgado solamente en intervenciones quirúrgicas y cuando la prestación sea entregada por un médico anestesista.</li> </ul>
12	MARCAPASOS FONASA, ISAPRE, PRIVADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficios.</li> <li>❖ Orden medica con diagnostico, bonos FONASA o ISAPRE, fotocopia de programa, boleta o factura si es particular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Para solicitar beneficio proceder como en intervenciones quirúrgicas</li> </ul>
13	INSUMO ISAPRE Y PARTICULARES, COLOCACIONES DE YESO, MEDIOS DE CONTRASTE, OTROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficios.</li> <li>❖ Orden medica que indica atención a realizar, boleta de honorarios con nombre de beneficiario, detalles de insumo empleados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proceder como en exámenes de laboratorios</li> </ul>
14	APARATOS ORTOPEDICOS FONASA, ISAPRE, PARTICULARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficios.</li> <li>❖ Receta u orden especialista.</li> <li>❖ Boleta de adquisición con nombre beneficiario y detalle de compra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El médico especialista deberá detallar que tipo de prestación es la que indica, ya que se incluyen bastones ortopédicos.</li> <li>❖ Afiliados a ISAPRE cobran primero su beneficio y luego presentan atenciones en bienestar. El C.B. queda facultado para determinar bonificación de más alta complejidad</li> </ul>
15	AUDIFONOS FONASA, ISAPRE, PRIVADOS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Receta u orden medica.</li> <li>❖ Boleta de venta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El médico deberá detallar el tipo de audifonos que indica.</li> <li>❖ Los afiliados a ISAPRE deberán cobrar el beneficio en esta y luego presentar antecedentes en bienestar, procediendo como en los demás beneficios.</li> <li>❖ Si se cobra beneficio en FONASA, fotocopias deben traer valor de la bonificación, firma y timbre del emisor</li> </ul>
16	ATENCION ODONTOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Boleta de atención y presupuesto dental.</li> <li>❖ Bonos de atención ISAPRE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las boletas de honorarios y recibos de recaudación, deben especificar claramente nombre del beneficiario, desglose de prestaciones, nombre del profesional.</li> </ul>
17	LENTES OPTICOS FONASA, ISAPRE, PARTICULARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Receta oftalmólogo en original.</li> <li>❖ Boleta compra de lentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Beneficiarios de Isapre, deben cobrar sus beneficios primero en Isapre y luego acompañar antecedentes (fotocopia boleta y receta mas orden de reembolso completa y firmada), para bonificar en bienestar.</li> <li>❖ Beneficiarios en Fonasa deben especificar valor bonificado y traer fotocopia con timbre y firma del emisor.</li> </ul>

II	<u>BENEFICIOS</u>	<u>ANTECEDENTES A PRESENTAR</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	BENEFICIO DE NACIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Certificado de nacimiento original.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ \$ 50.000 por hijo(a) nacido(a) vivo(a) o adoptado.</li> <li>❖ En el caso que ambos padres sean afiliados al bienestar, el beneficio se le cancelará a la madre.</li> </ul>
2	BENEFICIO ESTUDIANTIL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Certificado de alumno regular extendido por el establecimiento educacional.</li> <li>❖ Certificado de carga familiar o de funcionario extendido por la unidad de personal del establecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ \$ 20.000, los certificados se recibirán hasta el 15 de mayo y bonos se pagaran entre el 15 y el 31 de mayo.</li> <li>❖ Los certificados de matrícula de jardines infantiles, deben indicar que esta reconocidos por la Junji y/o indicar que cuentan con la debida autorización municipal para funcionar.</li> <li>❖ Los certificados podrán ser fotocopia protocolizada por Secretario Municipal</li> </ul>
3	BENEFICIO MATRIMONIO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Certificado de matrimonio en original.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Un obsequio por \$ 100.000.</li> </ul>
4	BENEFICIO POR AÑOS DE SERVICIO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio</li> <li>❖ Acreditar los años de servicio</li> <li>❖ Dentro del año calendario en que cumple requisito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se entregará un obsequio, por los siguientes años y montos: 10 años: \$40.000.- 15 años: \$50.000.- 20 años: \$60.000.- 25 años: \$70.000.- 30 años: \$90.000.- 35 años: \$100.000</li> <li>❖ Los años a computar serán los servidos para el empleador RUT 69.172.600-2, continuos o discontinuos y en cualquier dependencia.</li> <li>❖ Con todo, para impetrar este beneficio, el asociado requerirá un tiempo mínimo de antigüedad en el servicio de bienestar de dos años continuos.</li> </ul>
5	BENEFICIO POR FALLECIMIENTO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Certificado de defunción en original.</li> <li>❖ Certificado carga familiar o resolución asignación prenatal o certificado de funcionario (según sea el caso), otorgado por la oficina de personal del establecimiento donde trabaja el imponente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ \$ 200.000, por el asociado y \$ 50.000, por carga familiar.</li> <li>❖ En caso de carga familiar, el beneficio debe invocarlo quien perciba la asignación familiar.</li> <li>❖ En caso de fallecimiento de funcionarios, el beneficio se pagara a quien haya designado para tal efecto, en formulario interno de bienestar, en caso contrario, a su cónyuge legítimo(a), quien debe presentar además, Certificado de Matrimonio. A falta de esta, son los hijos quienes deben certificar con fotocopia de factura a su nombre los gastos del funeral.</li> <li>❖ Si no hubiera descendientes directos, se cancelara bonificación a quien certifique haber realizado los gastos del funeral, quien deberá acreditarlos con factura a su nombre.</li> </ul>
6	BENEFICIO SUBSIDIO POR CATASTROFE O INCENDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Acuerdo del Comité.</li> <li>❖ Informe Asistente Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ \$ 150.000</li> </ul>

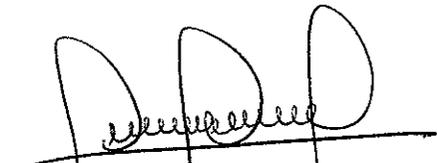
7	BONO DE VACACIONES	❖ No requiere presentar.	❖ Según disponibilidad presupuestaria, 50% del saldo de prestaciones médicas pagadero en enero de cada año. Sólo se pagarán los bonos superiores a \$9.999.
8	BONO DE FIESTAS PATRIAS	❖ No requiere presentar.	❖ Monto: \$45.000. ❖ Se otorgará a los afiliados vigentes al 25 de Julio del año respectivo. ❖ Este beneficio podrá ser entregado en dinero.
9	BONO DE NAVIDAD	❖ No requiere presentar.	❖ Monto canasta \$45.000 y Regalo \$20.000. ❖ Se otorgará a los afiliados vigentes al 25 de Octubre del año respectivo. ❖ Este beneficio podrá ser entregado en dinero.
III	<u>PRESTAMOS</u>	<u>ANTECEDENTES A PRESENTAR</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	PRESTAMO INCENDIO O CATASTROFE (terremoto, inundaciones).	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de beneficio.</li> <li>❖ Certificado extendido por Carabineros y/o Cuerpo de Bomberos de la jurisdicción.</li> <li>❖ Informe asistente social del establecimiento correspondiente, señalando catástrofe.</li> <li>❖ Certificado del encargado de remuneraciones de su repartición, acreditando no estar excedido ni excederse con el préstamo solicitado en límite máximo de descuentos autorizados por Ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monto máximo \$ 100.000.</li> <li>❖ El C.B. podrá exigir antecedentes adicionales, si lo estima necesario.</li> <li>❖ Cuando el funcionario no sea propietario y sufran daños sus enseres, el C.B. analizará el informe emitido por Asistente social para bonificación.</li> <li>❖ Plazo máximo 8 meses.</li> </ul>
2	PRESTAMO MEDICO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Boletas o presupuestos médicos que justifique el gasto a efectuar en prestaciones medicas de alto costo.</li> <li>❖ En caso de presupuestos, éstos deben ser coincidentes con las boletas o facturas cuando se soliciten las bonificaciones pertinentes.</li> <li>❖ Fotocopia de la última colilla de sueldos, que no debe tener descuento de préstamo médico.</li> <li>❖ Certificado del encargado de remuneraciones de su repartición, acreditando no estar excedido ni excederse con el préstamo solicitado en límite máximo de descuentos autorizados por Ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monto máximo \$ 150.000.</li> <li>❖ Es facultad del comité autorizar o denegar la solicitud. Se autorizará 1 (uno) préstamo al año, sin renegociación, ni préstamo sobre préstamo.</li> <li>❖ Plazo máximo 8 meses.</li> </ul>
3	PRESTAMO DE AUXILIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fotocopia de la ultima colilla de sueldos, que no debe tener descuento de préstamo de auxilio.</li> <li>❖ Certificado del encargado de remuneraciones de su repartición, acreditando no estar excedido ni excederse con el préstamo solicitado en límite máximo de descuentos autorizados por Ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monto máximo \$ 120.000</li> <li>❖ Los préstamos serán otorgados, cuando el asociado cumpla con los requisitos, caso contrario se denegará.</li> <li>❖ No se aceptarán renegociaciones, ni préstamo sobre préstamo.</li> <li>❖ Plazo máximo 8 meses.</li> </ul>

4 PRESTAMO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fotocopia de la ultima colilla de sueldos, que no debe tener descuento de préstamo personal.</li> <li>❖ Certificado del encargado de remuneraciones de su repartición, acreditando no estar excedido ni excederse con el préstamo solicitado en límite máximo de descuentos autorizados por Ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monto máximo \$ 80.000.</li> <li>❖ Facultad del comité, autorizar o denegar las solicitudes, sin renegociación, ni préstamo sobre préstamo</li> <li>❖ Plazo máximo 8 meses.</li> </ul>
IV <u>DEVOLUCIONES</u>  V <u>OTROS BENEFICIOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solicitud de Devolución.</li> <li>❖ Cupones de gas, 1 mensual por socio, disponible desde el 20 de cada mes al 05 del mes siguiente.</li> <li>❖ Convenio con complejo Trompelhueno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Según disponibilidad.</li> <li>❖ Se deberán pagar en rentas y patentes y retirar en tesorería.</li> </ul>

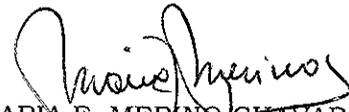
- 1) Tope máximo anual para Prestaciones de Salud, \$200.000.- (doscientos mil pesos). O proporcional al tiempo de permanencia en el bienestar.
- 2) Los Beneficios no están sujetos a tope anual.
- 3) A los Préstamos se les aplicará un 1% de interés compuesto mensual y se comenzarán a descontar en la liquidación de sueldos del mes siguiente a otorgado el préstamo.
- 4) Los excedentes se capitalizarán con el objetivo de financiar la compra de terreno y construcción futura cabaña en un lugar por definir por los asociados.
- 5) Los préstamos no pueden exceder el plazo del contrato del funcionario.

  
YESABEL GUERRA NEIRA  
REPRESENTANTE ASOCIADOS

  
XIMENA CID NAVARRO  
REPRESENTANTE EMPLEADOR

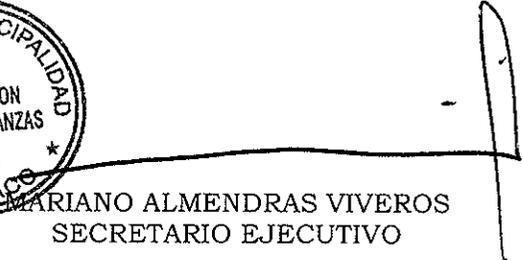
  
SERGIO MARTINEZ BADILLA  
PRESIDENTE

  
LILIAN SALGADO SEPULVEDA  
REPRESENTANTE EMPLEADOR

  
MARIA E. MERINO CHAVARRIGA  
REPRESENTANTE EMPLEADOR

  
ROBERTO PAREDES FLORES  
REPRESENTANTE EMPLEADOR



  
MARIANO ALMENDRAS VIVEROS  
SECRETARIO EJECUTIVO